**RESOLUCIÓN N° 033/19**

**Vistos:**

Que, con fecha 24 de enero de 2019, doña .................................... interpone reclamación ante esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG) solicitando que .................................... SEGUROS PERÚ otorgue cobertura al siniestro que corresponde al lamentable fallecimiento del asegurado, hecho ocurrido el 20 de octubre de 2018, conforme al contrato de Seguro Desgravamen de Crédito – Pólizas Nro. .................................... (Soles) y .................................... (Dólares);

Que, la señalada reclamación cumple con los requisitos de materia, cuantía y oportunidad establecidos en el Reglamento de la DEFASEG (http://www.defaseg.com.pe/reglamento.html);

Que, conforme al Reglamento de la DEFASEG, atendiendo a la cuantía de la reclamación, que no supera US$ 3,000 (o su equivalente en moneda nacional), esta última puede ser resuelta por un órgano resolutivo unipersonal, el mismo que, en el presente caso, está a cargo del vocal que suscribe;

Que, habiéndosele corrido traslado de la respectiva reclamación, el 1 de febrero de 2019 la aseguradora presentó sus descargos y la documentación correspondiente;

Que, el 4 de marzo de 2019 se realizó la correspondiente audiencia de vista, con la asistencia de ambas partes, quienes sustentaron su respectiva posición sobre la reclamación, absolviendo las diversas preguntas que les fuesen formuladas, conforme consta de la correspondiente acta;

# Que, la reclamación interpuesta se sustenta principalmente en lo siguiente: a) El 5 de julio de 2018 don ...................................., padre de la reclamante, aceptó un préstamo de .................................... Financiera por S/. 4,350 más un seguro de desgravamen por S/. 128.32, por un total de S/. 4,478.32, b) El 20 de octubre de 2018 falleció el asegurado, siendo que el 5 de diciembre de 2018 se solicitó el otorgamiento de cobertura, acompañándose los documentos correspondientes, c) No obstante ello, el 13 de diciembre de 2018 se recibió la respuesta de .................................... Financiera, comunicando que la aseguradora había rechazado brindar cobertura, y d) Frente a ello, recurre a la DEFASEG para que se ordene otorgar la respectiva cobertura;

Que, reiterando el rechazo, .................................... SEGUROS PERÚ solicita que se desestime la reclamación atendiendo resumidamente a lo siguiente: a) El 5 de julio de 2018 el señor .................................... contrató un seguro de desgravamen, suscribiendo la solicitud-contrato y hoja resumen de crédito, mediante los cuales tomó conocimiento de los términos y condiciones del respectivo seguro, b) Conforme al certificado de desgravamen entregado al asegurado, entre las exclusiones aplicables se enuncia a las enfermedades preexistentes al inicio del seguro, c) Habiéndose solicitado el otorgamiento de cobertura por fallecimiento del asegurado, el 5 de diciembre de 2018, luego de la revisión de los documentos proporcionados por la reclamante se advirtió que una de las causas de la muerte del asegurado fue “Hipertensión Arterial”, conforme al respectivo certificado de fallecimiento, verificándose que en la historia clínica consta dicho padecimiento, por lo que se trata de una enfermedad preexistente: informe ecocardiográfico del 15 de abril de 2009, hoja de atención ambulatoria del 14 de setiembre de 2006 y 25 de junio de 2007, y d) Por ello, mediante correo electrónico del 13 de diciembre de 2018 se rechazó la solicitud de cobertura, por estar la muerte del asegurado relacionada a causa preexistente a la contratación de la póliza, por lo que el rechazo está debidamente justificado;

Que, a la fecha, el estado del proceso permite que este órgano resolutivo unipersonal pueda expedir su pronunciamiento sobre el caso sometido a su conocimiento, sobre la base de la información y de los medios probatorios facilitados por las partes;

**Considerando:**

**Primero:** Conforme a su Reglamento, laDEFASEG está orientada a la protección de los derechos de los asegurados o usuarios de los servicios del seguro privado contratados en el país, mediante la solución de controversias que se susciten con las empresas aseguradoras, respecto de rechazos o liquidación de cobertura de siniestros; entendiéndose por “asegurados” y “usuarios de seguros” a los asegurados propiamente dichos, a los contratantes del respectivo seguro y/o a los beneficiarios nombrados en las pólizas.

**Segundo:** Asimismo, de acuerdo a su Reglamento, la DEFASEG sólo es competente para pronunciarse y resolver las reclamaciones indemnizatorias de los asegurados que hubiesen sido sometidas a su conocimiento, sobre la base de la documentación obrante en el correspondiente expediente y con arreglo a derecho, siempre y cuando las señaladas reclamaciones cumplan los requisitos reglamentarios de materia, cuantía y oportunidad, de manera que las reclamaciones por materias distintas al otorgamiento de cobertura, como pueden las pretensiones indemnizatorias por daños y perjuicios, por reembolso de gastos, o idoneidad de servicios, son ajenas a la competencia funcional de esta Defensoría.

**Tercero:** Que, de acuerdo a la Ley Nro. 29946 – Ley del Contrato de Seguro, norma legal vigente con ocasión de la celebración del contrato al cual se contrae el presente caso, todas las cuestiones jurídicas se rigen por lo dispuesto en dicha ley y por las que reglas que se acuerden convencionalmente, en cuanto no vulneren los principios esenciales de la naturaleza jurídica del seguro, siendo que sólo se aplica el derecho común a falta de disposiciones del derecho de seguros o de protección al consumidor.

**Cuarto:** Que, el artículo 1361 del Código Civil dispone que los contratos son obligatorios en cuanto se haya expresado en ellos, presumiéndose que lo declarado es lo querido por ambas partes, de manera que la parte que sostenga lo contrario debe probarlo.

**Quinto:** Que, conforme alartículo 196 del Código Procesal Civil, la carga de la prueba corresponde a quien afirma hechos que configuran su pretensión, o a quien los contradice alegando nuevos hechos, salvo disposición legal diferente.

**Sexto:** Sobre la base de los términos contenidos en la reclamación, en la absolución de la misma, y a lo tratado en la audiencia de vista, la cuestión controvertida radica en determinar si el rechazo de cobertura se ajusta o no a Derecho.

6.1. La póliza de seguro a la cual se refiere la reclamación es una de naturaleza grupal o colectiva, contratada en su oportunidad entre la empresa financiera y la aseguradora, póliza en la que se incorporan como asegurados los clientes financieros de .................................... Financiera. Conforme a ello, se genera una evidente asimetría informativa entre la empresa aseguradora y la categoría de asegurados no contratantes, ya que estos últimos se afilian a un contrato de seguro ya celebrado, no conociendo necesariamente de sus términos y condiciones. Por ello, para evitar situaciones de abuso, el artículo 137 de la Ley del Contrato de Seguro establece, imperativamente, que en los seguros grupales *“No son oponibles al asegurado los contenidos contractuales que no le hayan sido informados en el certificado mencionado en el artículo anterior, cuyo contenido mínimo se ajusta a las disposiciones de la Superintendencia”.*

 Conforme a ello, si la aseguradora pretende oponer una exclusión como sustento de un rechazo de cobertura, debe demostrar no sólo que se ha materializado dicha exclusión, sino que la misma es oponible, esto es, que el asegurado no contratante tomó conocimiento previo, adecuado y suficiente; en caso contrario, la exclusión no podrá ser opuesta para justificar el rechazo.

 De acuerdo a los actuados, .................................... SEGUROS PERÚ ha demostrado que el régimen de exclusiones de la póliza grupal a la cual se afilió el asegurado le fue puesto oportunamente en su conocimiento, ya que consta una declaración suscrita por aquél aceptando conocer los principales términos y condiciones del seguro, entregándosele una solicitud-certificado, conforme a ley, siendo que en el texto de dicho documento figura lo relativo a las enfermedades preexistentes como exclusión específica.

 Siendo así, de materializarse la exclusión, debería concluirse que la misma sería oponible.

 Para fines de desautorizar el valor probatorio de los documentos suscritos por el asegurado, la reclamante ha señalado, con ocasión de la audiencia de vista, que aquél era ya una persona de edad considerable, que padecía de una relativa pérdida de visión, y que fue obligado a firmar sin haber leído lo que suscribía. Ninguna de dichas alegaciones ha sido probada, sino meramente han sido invocadas, no apreciándose indicio probatorio alguno para cuestionar el valor probatorio de los documentos presentados por la aseguradora.

 En consecuencia, debe ratificarse la conclusión preliminar, en el sentido que la exclusión invocada para fines del rechazo es final y formalmente oponible al asegurado y a sus herederos.

6.2. En cuanto al aspecto de fondo del rechazo, el mismo se sustenta en un padecimiento o enfermedad ya diagnosticada y tratada con fecha anterior a la afiliación al seguro (hipertensión arterial), por lo que se trataría de una enfermedad preexistente, siendo que el siniestro relacionado a ella sería carente de cobertura.

 En sus descargos a la reclamación, .................................... SEGUROS PERÚ hace referencia a diversos actos médicos registrados en la historia clínica del asegurado que evidencian el padecimiento de hipertensión arterial con fecha anterior a su afiliación al seguro de desgravamen, y siendo que -conforme al certificado de defunción- la muerte se debió entre otras caudas a dicha preexistencia, opera la exclusión correspondiente.

 Con ocasión de la audiencia de vista, la reclamante ha afirmado que tanto su señora madre, viuda del asegurado, como ella misma desconocían de dicha enfermedad. No obstante, debe destacarse que para fines de la exclusión, y de su aplicación, no resulta relevante si los deudos o herederos tuvieron conocimiento o no, debiéndose considerar dos aspectos objetivos; (i) ¿se ha configurado ciertamente el hecho o circunstancia enunciado como preexistencia?, y (ii) ¿se relaciona la preexistencia a la muerte del asegurado? En el presente caso, conforme a los actuados, las respuestas son afirmativas: Los actos médicos destacan el padecimiento de hipertensión arterial y, el certificado de defunción, identifica a la hipertensión arterial como causa antecedente.

 En tal virtud, siendo la exclusión contractual invocada por la aseguradora el hecho que la muerte, natural o accidental, del asegurado se produzca directa o indirectamente, total o parcialmente, debido a *“Enfermedades preexistentes al inicio del seguro”*, debe concluirse que el rechazo sí se encuentra probado, sustentado, de conformidad con lo sancionado en el artículo 77 de la Ley del Contrato de Seguro: *“Corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida si fuera el caso, y al asegurador la carga e demostrar las causas que lo liberan de su prestación indemnizatoria”*.

6.3. Por último, en función a lo tratado con ocasión de la vista, se deja constancia que con ocasión de la contratación del préstamo concedido en su oportunidad al señor .................................... Marquina, confluyen la generación de dos relaciones jurídicas distintas, de un lado, la relación crediticia que compete actualmente a .................................... Financiera y a la sucesión del prestatario, y de otro lado, la relación de aseguramiento, entre .................................... SEGUROS PERÚ y el asegurado (prestatario); en consecuencia, atendiendo a lo expresado por la reclamante sobre la actual capacidad de pago o situación financiera de su señora madre, corresponde que ello sea expuesto y tratado directamente con la empresa financiera, por ser un tema ajeno a la relación del seguro, materia respecto de la cual esta Defensoría carece de competencia.

En consecuencia, debe concluirse que el rechazo de cobertura es legítimo, al sustentarse en contenidos contractuales que se han sido probados y que resultan oponibles al asegurado, conforme a ley.

**Atendiendo a lo expresado, este Órgano Resolutivo Unipersonal concluye su apreciación razonada y conjunta al amparo de lo establecido en su Reglamento estimando que existen razones fundadas para estimar que el rechazo de cobertura al cual se contrae la presente reclamación posee suficiente fundamento, por lo que**

**RESUELVE:**

Declarar **INFUNDADA** la reclamación interpuesta por doña .................................... contra **.................................... SEGUROS PERÚ**, quedando a salvo su derecho de recurrir a las instancias que considere pertinentes.

Lima, 11 de marzo de 2019

Marco Antonio Ortega Piana

Vocal